



**BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index**  
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

**Cómo citar este documento**

Souza, Rafaela; Weiller, Teresinha Heck; Souza, Tamires Patrícia; Oliveira, Isabel Cristine; Signor, Eduarda. PMAQ: percepção dos Conselheiros Municipais de Saúde no município Três Passos/RS. Biblioteca Lascasas, 2016; 12(3). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0917.php>

**PMAQ: PERCEPÇÃO DOS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE NO  
MUNICÍPIO TRÊS PASSOS/RS**

**PMAQ: PERCEPCIÓN DE CONSEJEROS MUNICIPALES DE SALUD EN EL  
MUNICIPIO DE TRES PASSOS/RS**

**PMAQ: PERCEPTION OF MUNICIPAL HEALTH COUNSELORS IN TRÊS  
PASSOS CITY**

Rafaela Souza  
Teresinha Heck Weiller  
Tamires Patrícia Souza  
Isabel Cristine Oliveira  
Eduarda Signor

**Resumo:** Este trabalho objetiva analisar as mudanças ocorridas após a implantação do PMAQ no município de Três Passos/RS, a partir da perspectiva dos Conselheiros Municipais de Saúde, bem como identificar a atuação do conselho municipal de saúde na adesão ao programa. Estudo do tipo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa. A coleta de dados dar-se-á no município de Três Passos/RS, o qual aderiu ao PMAQ no ano de 2011 e recebeu a avaliação em 2012. O número de participantes da pesquisa será definido pelo critério de saturação de dados. O instrumento utilizado para a coleta de dados será uma entrevista semiestruturada. Para análise, será adotado o método de análise de conteúdo. Espera-se que este estudo possa contribuir para identificar os resultados obtidos após a implantação do PMAQ nos municípios pactuados, sob a ótica dos conselheiros municipais de saúde, bem como, identificar a participação do conselho municipal de saúde na adesão ao programa.

**Descritores:** Avaliação; Atenção Primária à Saúde; Acesso; Qualidade.

**Resumen:** Este artículo tiene como objetivo analizar los cambios que tuvieron lugar después de la aplicación de PMAQ en Tres Passos / RS, desde la perspectiva de consejeros municipales de salud e identificar el papel del Consejo Municipal de Salud en unirse al programa. Un enfoque cualitativo exploratorio descriptivo. La recolección de datos se producirá en el municipio de Três Passos / RS, que se unió a la PMAQ en 2011 y recibió la evaluación en 2012. El número de participantes en la encuesta se define por criterio de saturación de datos. La recogida de datos de la pata del

instrumento utilizado será una entrevista semiestructurada. Para el análisis, se adoptará el método de análisis de contenido. Se espera que este estudio puede ayudar a identificar los resultados obtenidos tras la aplicación de los municipios PMAQ acordados, desde la perspectiva de los consejeros municipales de salud, así como identificar la participación del Consejo Municipal de Salud en unirse al programa.

**Palabras clave:** Evaluación; Atención Primaria de Salud; Acceso; Calidad.

**Abstract:** The present study is going to analyses the current changes after the implementation of National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care (PMAQ) in Três Passos city by the Municipal Health Counselors view. Also, this study is going to identify the action of the Municipal Health Council in joining the program. A descriptive, exploratory and qualitative approach is going to be used. Data collection will occur in the Três Passos city, which joined the PMAQ in 2011 and received the assessment in 2012. Participants' quantities are going to be decided by the data saturation. A semi-structured interview is going to be used for data collection. The method of content analysis is going to be adopted for data analysis. It is expected this study can help identify the results obtained after the implementation of PMAQ from the perspective of Municipal Health Counselors, as well as identify the participation of the Municipal Health Council in joining the program.

**Descriptors:** Evaluation; Primary Health Care; Access; Quality.

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a partir da Constituição Federal de 1988, o conceito de saúde foi ampliado, tornando-se um direito constitucional de todos os brasileiros. Esta institucionalização foi apontada pelas novas formas de organização social e pelo contexto histórico da sociedade, incorporando o Estado como provedor de políticas públicas que assegurem o direito à saúde (BRASIL, 1998).

As leis orgânicas nº 8.080/90 e 8.142/90 foram implantadas com o intuito de garantir o compromisso do Estado com o cidadão, assim como, regulamentar a construção do Sistema Único de Saúde (SUS); assegurando os princípios da universalidade, a equidade, a integralidade, a participação popular e a descentralização das ações (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Desde então, o debate acerca do modelo de atenção no SUS emerge no cenário da Política Nacional de Saúde, favorecendo a implantação de medidas e estratégias orientadas para a qualificação do modelo assistencial vigente (FAUSTO et al., 2013).

Nesse sentido, a Portaria nº 1.654 do Ministério da Saúde, publicada em 19 de julho de 2011, implantou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), pactuado nas três esferas de gestão do SUS para viabilizar uma estratégia que possa permitir a ampliação do acesso e melhoria da

qualidade da Atenção Básica (AB) em todo o Brasil (BRASIL, 2011a). O principal objetivo do programa é induzir a Ampliação do Acesso e a Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB), com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde. (BRASIL, 2012a).

O programa instiga à mobilização dos atores locais envolvidos em prol da mudança das condições e práticas de atenção, gestão e participação no SUS. O PMAQ traz à luz propostas de ações que são orientadas por diretrizes pactuadas na nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (PINTO; SOUZA; FERLA, 2014; BRASIL, 2012b).

A realização de estudos que possam revelar o cenário da Atenção Básica no país é importante, tendo em vista que foram realizadas ações e investimentos, especialmente, quanto ao olhar dos usuários do SUS/AB. Constitui-se ainda um desafio a mobilização dos atores locais que participam da construção do SUS no espaço local e regional, capaz de produzir mudanças concretas na realidade cotidiana dos serviços de saúde, por meio da implantação do programa.

A partir do PMAQ-AB, usuários, profissionais, gestores e conselheiros municipais de saúde tornam-se protagonistas nessa mobilização, tencionando-a para que não seja algo pontual e passageiro, mas sim, que impacte nos modos de agir da gestão, da atenção à saúde e do controle social; a ponto de se transformar num processo contínuo e progressivo de mudança, bem como no estabelecimento de um novo modelo.

Apesar de ser muito discutido o tema do acesso e da qualidade do atendimento nos serviços de atenção básica em nosso país, a problematização acerca do PMAQ é recente e inovadora.

O problema de pesquisa que norteia o desenvolvimento do estudo reflete na necessidade de identificar os resultados obtidos após a implantação do PMAQ nos municípios pactuados, sob a ótica dos conselheiros municipais de saúde, bem como, identificar a participação do conselho municipal de saúde na adesão ao programa.

Desta forma, torna-se relevante realizar estudos junto aos municípios que estão efetivando o PMAQ-AB, tendo em vista que os mesmos podem fortalecer a atuação dos diferentes atores que constroem o SUS no espaço local e regional. A escolha do município de Três Passos, integrante da 19ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), decorre do fato de ter sido um dos pioneiros a aderir ao PMAQ na região, permitindo

desta forma, aprofundarmos estudos sobre as contribuições que o referido programa efetuou no espaço local.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo geral:**

Analisar as mudanças ocorridas após a implantação do PMAQ no município de Três Passos/RS, a partir da perspectiva dos Conselheiros Municipais de Saúde, bem como identificar a atuação do conselho municipal de saúde na adesão ao programa.

## **REVISÃO DE LITERATURA**

### **A Atenção Primária à Saúde no Brasil**

O conceito de “Atenção Primária à Saúde” (APS) expressa comumente o entendimento de uma atenção ambulatorial não especializada ofertada através de unidades de saúde de um sistema, que se caracteriza pelo desenvolvimento de conjunto bastante diversificado de atividades clínicas de baixa densidade tecnológica (LAVRAS, 2011). No Brasil, a APS incorpora os princípios da Reforma Sanitária, levando o sistema público de saúde a adotar a designação Atenção Básica (AB) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde (BRASIL, 2011b).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ressalta que a APS tem como fundamentos:

- Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito a fim de permitir o planejamento e a programação descentralizados, e em consonância com o princípio da equidade;
- Efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação; trabalho de forma interdisciplinar e em equipe e a coordenação do cuidado na rede de serviços;

- Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

- Valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e acompanhamento constante de sua formação e capacitação; » realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação;

- Estimular a participação popular e o controle social. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Para a operacionalização da política no Brasil, em 1994, é instituído o “Programa Saúde da Família (PSF)”, que mais tarde, em 2006, diante da melhoria que promoveu nos indicadores de saúde, passa a ser denominado de: “Estratégia da Saúde da Família (ESF)”.

Esta proposta, em conjunto com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que se configura, hoje, em Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), são considerados os dois grandes programas federais responsáveis pela reorientação da atenção básica no país:

A nova estratégia do setor saúde, representada pelo Programa de Saúde da Família não deve ser entendida como uma proposta marginal, mas, sim, como forma de substituição do modelo vigente, plenamente sintonizada com os princípios da universalidade e equidade da atenção e da integralidade das ações e, acima de tudo, voltada à permanente defesa da vida do cidadão. Está, assim, estruturada na lógica básica de atenção à saúde, gerando novas práticas setoriais e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde. (BRASIL, 2000, p. 9).

Pode-se dizer que inúmeras medidas foram adotadas para fortalecer a nova estratégia de organização do SUS, com a atenção primária em saúde – APS, enquanto o primeiro contato da população com o sistema de saúde.

### **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**

A partir da expansão das políticas públicas de atenção a saúde e a consolidação da Estratégia de Saúde da Família como principal modelo de organização da atenção básica, com uma cobertura estimada de mais de metade da população brasileira, a

questão da qualidade da gestão e das práticas das equipes de Atenção Básica assume relevância no cenário nacional. Neste sentido, o Ministério da Saúde passa a propor várias iniciativas centradas na qualificação, dentre elas o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, o PMAQ, (Portaria Nº 1.654 GM/MS).

Segundo o Manual Instrutivo do Ministério da Saúde (2012), o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB. A primeira fase do PMAQ consiste na etapa formal de adesão ao programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes de atenção básica e os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde, num processo que envolve a pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social.

A segunda fase do PMAQ consiste na etapa de desenvolvimento do conjunto de ações que serão empreendidas pelas equipes de atenção básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Essa fase está organizada em quatro dimensões: Autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional.

A terceira fase do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica consiste na avaliação externa, em que se realizará um conjunto de ações que averiguarão as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes da atenção básica participantes do programa.

A quarta fase do PMAQ constitui o processo de recontratualização, que deve ocorrer após a certificação da EAB. Com base na avaliação de desempenho de cada equipe, uma nova contratualização de indicadores e compromissos deverá ser realizada, completando o ciclo de qualidade previsto pelo programa.

Nessa fase, está prevista a pactuação singular das equipes e dos municípios com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ.

A partir dos resultados alcançados pelas equipes, será possível identificar tendências que nortearão a construção de novas estratificações que levem em consideração a realidade das regiões, a área de localização das UBS e a outras questões

que aumentarão a possibilidade de comparações mais equitativas. Ao mesmo tempo, o desempenho das equipes poderá ser comparado não somente com as demais, mas também com a sua evolução, assegurando que o esforço empreendido pelos gestores e trabalhadores possa ser considerado no processo de certificação.

## **Conselho de Saúde**

A Lei Orgânica nº 8.142/90 determinou que a União (governo federal), os estados e os municípios deveriam criar os conselhos de saúde. Por isso, os conselhos existem em todas as esferas: federal, estadual e municipal (BRASIL, 1990). Contudo, a existência do conselho de saúde é muito mais que o simples cumprimento de uma exigência da lei. Os conselhos de saúde são a garantia de melhoria contínua do nosso sistema de saúde.

A criação dos conselhos de saúde é estabelecida por lei municipal, no caso dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), ou estadual, no caso dos Conselhos Estaduais de Saúde. Na criação e na reformulação (reestruturação) dos conselhos de saúde, a Secretaria de Saúde, respeitando os princípios da democracia, deverá acolher as demandas da população, de acordo com o que foi decidido nas conferências de saúde (BRASIL, 1990). Todo conselho de saúde deve possuir um regimento interno, que definirá como será o mandato dos conselheiros e estabelecerá regras de funcionamento do conselho.

O conselho de saúde deve possuir um plenário, estabelecido em seu regimento interno. O plenário é o encontro oficial de todos os conselheiros de saúde para deliberar sobre assuntos previamente agendados na pauta da reunião. O conselho de saúde possui uma secretaria executiva, subordinada ao plenário do conselho de saúde. O plenário do conselho definirá a estrutura e a dimensão de sua secretaria executiva. Conforme as recomendações do SUS, o conselho de saúde é quem define, por orientação de seu plenário, o número de pessoas na sua parte administrativa e como serão executadas as ações (BRASIL, 2010).

O número de conselheiros deve ser indicado pelo plenário do conselho e das conferências de saúde e deve ser definido na lei de criação do conselho. O conselho de saúde deve ter um presidente eleito por seus membros (BRASIL, 2010). A escolha dos conselheiros deve ser amplamente divulgada, para que os grupos da sociedade possam saber e indicar representantes. A escolha dos conselheiros pode ser feita por eleição ou

por indicação, de acordo com o previsto no regimento interno do próprio conselho (BRASIL, 2010).

## **METODOLOGIA**

### **Tipo de estudo**

A pesquisa será do tipo descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa. O estudo exploratório proporciona visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Este é desenvolvido quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis. E, o estudo descritivo por ter o objetivo primordial, a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Deste modo, o delineamento da pesquisa é de estudo de campo, por se tratar de um estudo com um único grupo em termos de sua estrutura social, ressaltando a interação de seus componentes e o aprofundamento das questões propostas (GIL, 2009).

A abordagem qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, os quais estão situados num espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2013). Neste sentido, o estudo pretende valorizar a percepção do usuário, na representação dos conselheiros municipais, frente às mudanças geradas a partir da implantação do PMAQ. Ainda, a pesquisa qualitativa possibilita a incorporação da questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 2013).

### **Cenário da Pesquisa**

A coleta de dados dar-se-á no município de Três Passos/RS, o qual aderiu ao PMAQ no ano de 2011 e recebeu a avaliação em 2012. A cidade de Três Passos está localizada na região noroeste do estado e sua população, segundo o IBGE (2014), é de 24.656 mil habitantes.



Em relação ao atendimento à saúde dos usuários, o município é composto por oito equipes de ESF, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), uma Unidade Prisional e um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

### **Participantes da Pesquisa**

Os participantes do estudo serão os Conselheiros Municipais de Saúde que integram o Conselho Municipal de Saúde e as comissões locais de saúde no município de Três Passos/RS. São considerados participantes da pesquisa, 65 conselheiros que atuam junto ao Conselho Municipal de Saúde.

### **Critérios de Inclusão**

Ser conselheiro atuante nos Conselhos Locais e/ou Municipal de saúde do município de Três Passos/RS.

### **Critérios de Exclusão**

Estar em férias ou licença no período da coleta de dados.

### **População do estudo**

O número de participantes da pesquisa será definido pelo critério de saturação de dados que consiste em realizar a coleta dos dados até a saturação dos mesmos e de forma que se atinjam os objetivos da pesquisa. Para Minayo (2013), a saturação de dados é a situação a qual ocorre quando nenhuma informação nova é acrescentada ao processo de pesquisa.

### **Coleta de Dados**

A coleta de dados dar-se-á por meio de uma entrevista semiestruturada que servirá de eixo orientador ao desenvolvimento da pesquisa. A entrevista obedecerá a um roteiro que é apropriado fisicamente para as questões norteadoras e utilizado pelo pesquisador, possibilitando que as hipóteses e pressupostos do pesquisar sejam cobertos

na conversa. Para a elaboração do roteiro dos questionários será utilizada como referência a Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ).

A coleta de dados será realizada em uma sala reservada, junto às unidades de saúde ou em reuniões do conselho municipal e/ou local de saúde, uma vez que isto proporciona a privacidade ao sujeito, fazendo com que se sintam à vontade e tranquilos para responder as perguntas realizadas. As falas serão coletadas com o auxílio de um gravador, mediante autorização do entrevistado e, após serão transcritas.

O gravador será utilizado para garantir fidelidade na transcrição das falas. Segundo Minayo (2013), o gravador possibilita que haja uma boa compreensão da lógica interna do grupo ou da coletividade estudada mantendo um registro fidedigno da matéria-prima da fala.

### **Análise dos dados**

Os dados serão analisados conforme proposta de Minayo (2013), por meio da análise de conteúdo, mais especificamente pela análise temática. A análise de conteúdo se refere a técnicas de pesquisa que permitem replicar e validar conclusões sobre dados do contexto pesquisado, por meio de procedimentos especializados e científicos.

Segundo Minayo (2013) “a análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõe uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado”.

A análise temática busca definir o caráter do discurso através da contagem de frequência das unidades de significação. Quanto aos passos que devem ser seguidos na realização da pesquisa, Minayo (2013), apresenta as etapas de operacionalização da análise temática: **Pré-análise, Exploração do material e Tratamento dos resultados obtidos e interpretação.**

A primeira etapa, **a pré-análise**, constitui-se pela ordenação dos dados e transcrição das gravações de cada entrevista, é nesse momento que a pesquisadora teve um contato mais intenso com o material de campo. Nesta etapa, também foi realizada a leitura flutuante do material de análise, bem como dos objetivos da pesquisa. A leitura flutuante foi realizada de cada uma das falas dos participantes. Destaca-se que, com isso, buscou-se a validade qualitativa do material com exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. A segunda etapa, **a exploração do material**, é definida

como a fase operatória em que alcançamos o núcleo de compreensão do texto. É nesta etapa que se busca encontrar as categorias. Nesse sentido, têm-se primeiramente as unidades de registros, e após inicia-se a classificação por cores de acordo com a temática e os temas referidos nas falas. Assim, é possível identificar ideias e aspectos relevantes e classificá-los formando categorias. A terceira etapa constitui o **tratamento dos resultados obtidos e interpretação**. Nesse momento, foi realizada a releitura do material categorizado e a reflexão crítica dos resultados obtidos. É nessa etapa que a pesquisadora propôs inferências e interpretações, correlacionando-as com outros achados da literatura, permitindo a abertura de novas dimensões teóricas e interpretativas para esta pesquisa.

### **Procedimentos Éticos**

Todos os preceitos éticos de pesquisa que envolvem seres humanos serão observados, conforme a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012a).

Este projeto será apresentado em reunião à Comissão Intergestores Regionais (CIR) da 19ª CRS/RS para autorização da realização da pesquisa por meio dos Secretários Municipais de Saúde. A coleta de dados será iniciada somente após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM.

Todos os participantes da pesquisa que, voluntariamente aceitarem participar, depois de esclarecidos os objetivos do estudo, assinarão em duas vias o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em que, uma via ficará em poder do pesquisado, outra da pesquisadora. Será garantido o anonimato, assegurado o direito de desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, bem como, não serão beneficiados financeiramente.

Para proteger a identidade dos mesmos, será utilizado apenas um código (por exemplo, P1, P2, P3...), na identificação dos participantes e das falas.

A coleta de dados será obtida com o auxílio de 02 gravadores de áudio e somente com o consentimento dos participantes. As gravações em áudio serão transcritas e os dados serão armazenados em um pen drive. Dentre os **benefícios** que esta pesquisa pode trazer aos participantes será de oportunizar momentos de reflexão nas sessões das entrevistas, acerca da avaliação em saúde da AB, principalmente, do processo de participação dos sujeitos da pesquisa na implantação da avaliação da AB, o que pode apontar estratégias para o fortalecimento da mesma, assim como das

potencialidades e necessidades da avaliação da AB a partir do cotidiano de trabalho das equipes de ESF.

Entre os **riscos** previstos, a possibilidade da temática em questão apresentar inquietude ou ansiedade para os participantes ao remetê-los para a vivência do cotidiano de trabalho. No decorrer da pesquisa será esclarecido aos participantes que apresentarem algum desconforto, sofrimento, ansiedade ou inquietude, serão acolhidos pelas pesquisadoras e convidados a deixar de participar da pesquisa caso for necessário.

A **autonomia** será considerada e os participantes receberão as informações a respeito da pesquisa, na qual foi solicitada a sua colaboração, cabendo ao mesmo decidir em participar ou não. A **privacidade** será garantida através do sigilo e do anonimato dos participantes. A **não maleficência** será observada, na medida em que não será causado dano intencional aos participantes e danos previsíveis foram evitados dentro do possível. A **beneficência** será parte integrante desta pesquisa em todos os momentos visto que, a mesma, busca ação em benefício aos participantes e aos serviços de saúde com relação à temática da pesquisa. A **justiça** será respeitada e todos os sujeitos, participantes ou desistentes da pesquisa foram tratados em sua dignidade, respeitados em sua autonomia, sendo assegurado, a prevalência do bem estar das pessoas que aceitaram participar da pesquisa. A **equidade** será atendida aos sujeitos da pesquisa em que os benefícios resultantes desta pesquisa foram de igual consideração aos envolvidos.

Os instrumentos de coleta de dados e o pen drive com as transcrições ficarão sob responsabilidade da pesquisadora responsável deste projeto, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Teresinha Heck Weiller, em um armário chaveado, por um período de cinco anos, na sala 1305a, do CCS da UFSM, e serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa, após, serão incinerados.

Os pesquisadores responsáveis por este projeto se comprometem com o retorno da pesquisa, através da devolução junto ao Conselho Municipal de Saúde de Três Passos e para o meio acadêmico através de publicações.

## **ORÇAMENTO**

As despesas em materiais de consumo relativas a esta pesquisa encontram-se discriminadas no quadro abaixo e serão custeadas pelos pesquisadores. Os materiais

permanentes que serão utilizados na pesquisa (computador e dispositivo de armazenamento) são de uso pessoal dos pesquisadores.

Segue o quadro de previsão de gastos para a realização do projeto.

Item	Quantidade	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Caneta esferográfica	30	1,00	30,00
Cartuchos de tinta	4	30,00	120,00
Combustível	150L	3,90	585,00
Folhas de ofício A4	4 x 500fls	12,00	48,00
Impressora	1	350,00	350,00
Gravador de voz	2	150,00	300,00
Material impresso	100 um	0,15	15,00
Outros		500,00	500,00
Participação em Congressos	6	300,00	1800,00
Pranchetas	6	6,00	36,00
Publicação dos resultados em forma de artigo científico	3	200,00	600,00
<b>TOTAL</b>			<b>4384,00</b>

## **CRONOGRAMA**

	1° Sem 2016	2° Sem 2016	1° Sem 2017	2° Sem 2017
Revisão de Literatura	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
Grupo de pesquisa	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
Qualificação do projeto de pesquisa		<b>X</b>		
Autorização institucional		<b>X</b>		
Submissão ao CEP		<b>X</b>		

Coleta de dados			<b>X</b>	
Redação da dissertação		<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
Defesa pública				<b>X</b>
Publicações		<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>

## REFERÊNCIAS

BRASIL. A implantação da Unidade de Saúde da Família. Secretária de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, Ministério da Saúde; Cad. 1, 2000.

\_\_\_\_\_. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na questão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

\_\_\_\_\_. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Contas da União. **Orientações para conselheiros de saúde** / Tribunal de Contas da União. – Brasília : TCU, 4ª Secretaria de Controle Externo, 2010. p. 127.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011a. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 62 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 110 p.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, 2012. [Acesso em: 03/10/2015]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Atenção Básica. Secretária de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica Brasília, *Ministério da Saúde*; 2006.

GIL, AC. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo. Atlas, 1997.

FAUSTO, M. C. R. et al. **Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB** / organizadores: Márcia Cristina Rodrigues Fausto; Helena Maria Seidl Fonseca. – Rio de Janeiro, RJ : Saberes Editora, 2013.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Rev. Saúde e Sociedade**. São Paulo. v. 20, n. 4, p.867-874, 2011.

MINAYO, MC de Souza. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo, HUCITEC-ABRAMO, 2013.

PINTO, H. A.; SOUZA, A. N.; FERLA, A. A. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Rev. Saúde em debate**.vol.38 nº.spe. Rio de Janeiro: Out. 2014.